

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ АБДОМИНАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ДЕВОЧЕК

© *Богданов Кирилл Дмитриевич, Зиганишина Гульнур Ришатовна*

Научный руководитель: д.м.н., доцент И.Г. Жуковская
Кафедра акушерства и гинекологии.
Ижевская государственная медицинская академия

Контактная информация: Богданов Кирилл Дмитриевич — студент 5 курса Педиатрического факультета.
E-mail: batyrpi@yandex.ru

Ключевые слова: абдоминальный болевой синдром; хирургическая патология, гинекологическая патология.

Актуальность исследования: боли внизу живота — одна из самых частых причин госпитализации девочек в хирургический стационар. Сложность лечебно-диагностических подходов определяется многообразием патологических состояний, обуславливающих абдоминальный болевой синдром (АБС) [1, 2, 3].

Цель исследования: оценить причины абдоминального болевого синдрома у девочек за 2020–2021 год.

Материалы и методы: проанализированы 182 истории болезни девочек 10–18 лет, госпитализированных в детский хирургический стационар БУЗ УР «РДКБ МЗ УР» г. Ижевск с АБС за 2020–2021 г.г. В группу I вошли 16 пациенток с патологией, касающейся женской репродуктивной системы, в группу II — 166 с хирургической патологией. Средний возраст исследуемых составил $13 \pm 1,73$ и $12,5 \pm 2,27$ лет соответственно. Данные были обработаны в таблице MS Excel 2016.

Результаты: болевой синдром в группе I характеризовался наличием ноющих болей в нижней части живота разлитого характера 100% случаев, в группе II — острыми болями в правой подвздошной области у 92,86% обследованных, разлитого характера в 2,5%. Среднее количество лейкоцитов в полном анализе крови было ниже при гинекологической патологии, чем при хирургических заболеваниях — $10,99 \pm 2,41 \cdot 10^9/\text{л}$ и $12,53 \pm 3,35 \cdot 10^9/\text{л}$ соответственно. В полном анализе мочи у 41,18% пациенток группы I обнаружилась лейкоцитурия и бактериурия, в группе II патологические примеси в моче отсутствовали. АБС у девочек по данным результатов лечебно-диагностической лапароскопии чаще обусловлен хирургической патологией 91,21% (острый аппендицит 95,78% и перитонит 4,22%), гинекологическими заболеваниями 7,14% (острый сальпингоофорит — 31,25%, апоплексия яичника — 12,5%, перекрыты ножки опухоли яичников — 25%, придатков матки — 31,25%), аппендикулярно-генитальным синдромом — 1,66%.

Выводы: причинами абдоминального болевого синдрома у девочек в 91,21% является хирургическая патология, гинекологические заболевания (7,14%) и их сочетание (1,66%), что диктует необходимость междисциплинарного подхода (акушер-гинеколог и детский хирург) к последующей реабилитации пациенток с целью сохранения репродуктивного потенциала.

Литература

1. Беженарь, Ф. В. Возможности хирургической коррекции генитального пролапса, обусловленного брюшно-промежностными операциями по поводу рака толстой кишки в анамнезе / Ф. В. Беженарь // Forcipe. — 2021. — Т. 4. — № S1. — С. 102–103. — EDN DWOBWG.
2. Дьяконова Е.Ю., Хроленко П.В., Бекин А.С. Дифференциальная диагностика абдоминального болевого синдрома у девочек // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2021. № 2. С. 84–88.
3. Шутова Е.В. Абдоминальный болевой синдром у детей и подростков: возможности терапии // Здоровье ребенка. 2018. № 5. С. 495–500.